

## Rozdział II.7

# Rozwój leczenia geriatrycznego w Polsce

Barbara Gryglewska, Józef Kocemba

### II.7.1. Początki geriatrii

Już w odległych czasach zdawano sobie sprawę z biologicznej specyfiki starczego organizmu i odmienności jego patologii. Jedni, jak Arystoteles, uważali starzenie się za chorobę, inni, jak Galen czy Hipokrates, uznawali je za proces fizjologiczny. Od XVII i XVIII wieku rozwój badań doświadczalnych, anatomii i anatomopatologii pogłębia wiedzę o chorobach starców. W wieku XIX badania i publikacje z zakresu medycyny wieku podeszłego stały się liczniejsze, ale wyodrębnienie specjalności lekarskiej dotyczącej medycyny starości nastąpiło dopiero na początku XX wieku. Nazwę *geriatria* (ang. *geriatrics*), analogicznie do *pediatrii*, nadał jej pracujący w Nowym Jorku lekarz Nascher, wydając jednocześnie czasopismo pod tym tytułem (1909) i zakładając towarzystwo lekarskie zajmujące się tą dziedziną medycyny (1912). W latach trzydziestych ubiegłego stulecia Ferguson Anderson, Marjory Warren i Lionel Cosin sformułowali zasady oceny zdrowia pacjentów w podeszłym wieku. Ich starania doprowadziły w roku 1948 do formalnego uznania geriatrii za odrębną specjalizację lekarską w Wielkiej Brytanii [MacMahon 1997, za: Warren, 1943; 1946]. Dwadzieścia pięć lat później T. Franklin Williams opisał metodę ambulatoryjnej oceny czynnościowej chorych w starszym wieku. Wysiłki tych badaczy stworzyły podstawy organizowania interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, określanych jako geriatryczne zespoły ds. oceny i leczenia, jak również dały podwaliny rozwijanej dzisiaj kompleksowej oceny geriatrycznej – w skrócie KOG (ang. *comprehensive geriatric assessment*, CGA) [Paist, Jafri, 1997].

Bujny rozwój gerontologii (nauki o starzeniu) i geriatrii (medycyny starości) nastąpił w wieku XX, zwłaszcza w okresie powojennym. Było to spowodowane ogólnym postępowaniem medycyny, poprawą higieny i warunków socjalnych. W tym okresie nastąpiło znaczne wydłużenie przeciętnej długości życia ludzkiego, która obecnie wynosi prawie 80 lat. Proces ten wraz z jednoczesnym zmniejszeniem liczby urodzeń doprowadził do znacznych zmian demograficznych, w tym powszechnie obserwowanego starzenia się społeczeństw. Mimo że liczba osób

starych rośnie i wciąż będzie rosła, starości nie towarzyszy szacunek i zrozumienie. Zjawisko to może wynikać z ciągle utrzymującego się kultu młodości, ale także – paradoksalnie – z postępu medycyny. Dawniej wieku 60 czy 70 lat dożywali tylko ludzie najsilniejsi i najbardziej odporni, a więc stosunkowo zdrowi. Współcześnie późnej starości dożywają również ludzie słabi, przewlekłe chorzy, stąd starość najczęściej skojarzona jest z niedołęstwem i uzależnieniem. Dodatkowo zmiana tradycyjnego modelu rodziny, wynikająca między innymi z upowszechnienia się pracy zawodowej kobiet, powoduje, że rośnie zapotrzebowanie na inne formy opieki geriatrycznej, gdyż w domach rodzinnych zabrakło osób do opieki nad niezbyt sprawnymi ludźmi starymi.

## II.7.2. Historia geriatry i gerontologii polskiej

Po drugiej wojnie światowej rozwój gerontologii i geriatry przebiegał w Polsce z pewnym opóźnieniem w stosunku do innych krajów europejskich. Powstawały jednak pionierskie placówki geriatryczne:

- W 1956 roku w Inowrocławiu dr Bogdan Snarski, balneolog, zorganizował sanatorium geriatryczne.

- W 1960 roku w Opolu dr Danuta Jakubowska i dr Wojciech Pędich (późniejszy prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego) uruchomili pierwszą poradnię geriatryczną.

- W 1961 roku utworzono dwa pierwsze szpitalne oddziały geriatryczne: w Łodzi (pod kierownictwem dr Kingi Wiśniewskiej-Roszkowskiej) i w Katowicach (pod kierownictwem dr Bogny Żakowskiej-Wachelko) [Wiśniewska-Roszkowska, 1971].

W 1967 roku z inicjatywy dr. Lucjana Dobrowolskiego utworzono Sekcję Geriatryczną Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, a w 1972 roku na wniosek prof. Jerzego Piotrowskiego powstało Polskie Towarzystwo Gerontologiczne. W 1980 roku w Krakowie została powołana pierwsza jednostka akademicka – Klinika Geriatry, kierowana przez prof. Józefa Kocembę. W tym samym czasie szkolenie z zakresu geriatry wprowadzono do programu kształcenia studentów medycyny. W późniejszych latach szkolenie przeddyplomowe rozpoczęto również na uczelniach medycznych w: Białymstoku, Gdańsku, Bydgoszczy i w Katowicach. Obecnie szkolenie z zakresu geriatry prowadzone jest na wszystkich wydziałach lekarskich uczelni medycznych w Polsce [Kocemba, Pędich, 1995].

Od lat siedemdziesiątych rozwijały się też: gerontologia społeczna, gerontopedagogika oraz gerontologia doświadczalna. Gerontologię społeczną zapoczątkowały pionierskie badania populacji ludzi starych w Polsce przeprowadzone przez Jerzego Piotrowskiego i jego współpracowników w latach 1969–1971. Kolejne opracowania Głównego Urzędu Statystycznego, aż do ostatnich, przeprowadzonych przez zespół prof. Brunona Synaka w latach 1999–2001 [Synak, 2002], przybliżały obraz starzejącego się społeczeństwa organom państwowym

i samorządowym. Opracowywano zasady i kierunki polityki społecznej wobec ludzi starych w Polsce, jednak system ich wdrażania nie był i nie jest zbyt dynamiczny [Pędich, 2002].

W 1996 roku, w ramach VI Euroforum, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne opracowało ekspertyzę dotyczącą problematyki praw obywatelskich ludzi starych w Polsce, w aspekcie europejskich deklaracji praw człowieka. Z tego opracowania jasno wynika, że choć w polskim ustawodawstwie ludzie starzy mają zagwarantowane wszelkie prawa, to jednak często doznają ograniczenia przy ich egzekwowaniu. Obserwowana jest też dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek. Największym ograniczeniom podlegają prawo do pracy oraz prawo do rehabilitacji. Niedostateczna jest też realizacja praw socjalnych (pomocy w miejscu zamieszkania) oraz prawa do ochrony zdrowia i ochrony życia rodzinnego [Prawa..., 1996]. W części wynika to z przebiegającego w Polsce od początku lat dziewięćdziesiątych procesu transformacji ustrojowej oraz z charakteryzującego się ogromną zmiennością obowiązującego stanu prawnego, a to właśnie polityka państwa ma decydujące znaczenie dla zapewnienia odpowiedniej realizacji praw starszych mieszkańców kraju [Bień, Pędich, 1995].

Środowisko geriatrów stara się wpływać na decyzje polityczne. Wzorem standardów usług medycznych w wielu specjalnościach w roku 1999 podjęto prace zmierzające do opracowania standardu świadczeń z zakresu geriatrii kontraktowanych przez kasy chorych [Grupa..., 1999]. Kolejnym krokiem było przygotowanie w Śląskiej Regionalnej Kasie Chorych wskazań dotyczących standardu poradni geriatrycznej [ŚRKCh, 2000]. Z kolei w roku 2003 wspólnym staraniem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce i konsultanta krajowego z geriatrii wypracowano oficjalne stanowisko tych gremiów odnośnie do standardów świadczeń w zakresie usług medycznych w specjalności geriatrycznej [Derejczyk, Grodzicki, Jakrzewska-Sawińska i in., 2003]. Standardy te dotyczą realizacji opieki geriatrycznej w: oddziale geriatrycznym stacjonarnym (traktowanym zgodnie z rozporządzeniem MZ jako szpitalny oddział kliniczny<sup>1</sup>), dziennym ośrodku opieki geriatrycznej (dziennym oddziale szpitalnym), w poradni geriatrycznej i działającym przy poradni geriatrycznym zespole opieki domowej. Ponadto przygotowano standardy do realizacji przez geriatryczny zespół konsultacyjny w instytucjach leczniczych, opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, a także przez lekarzy geriatrów w roli konsultantów lekarzy rodzinnych i lekarzy innych specjalności. Przedstawione działania są w pewnym sensie także próbą precyzyjnego określenia miejsca geriatrii wśród dziedzin klinicznych.

W nagłośnieniu problematyki starzenia się społeczeństwa niewątpliwie pomogło ogłoszenie roku 1999 Międzynarodowym Rokiem Ludzi Starych, jak również przyjęcie nowych kierunków polityki społecznej na Światowym Zgromadzeniu w sprawie Starzenia się w 2002 roku w Madrycie [Szatur-Jaworska,

---

<sup>1</sup> Oddział geriatryczny – Kod resortowy 4060 wg Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 lipca 2004 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz.U., 2004, Nr 170, poz. 1797).

2002]. Przy tej okazji powstało wiele publikacji analizujących społeczne skutki starzenia się [Golinowska, 1999], między innymi w postaci wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną i pomoc społeczną, co uzmysłowilo konieczność podjęcia systemowych działań, przyspieszyło rozwój długoterminowej opieki stacjonarnej i domowej oraz otworzyło możliwość kształcenia pielęgniarzek w specjalnościach pielęgniarstwa geriatrycznego oraz pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych (o czym więcej w rozdziale II.3). W 2003 roku ukazało się też Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2003 roku w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarzek i położnych (Dz.U., 2003, Nr 197, poz. 1992), określające między innymi zawartość programową specjalizacji pielęgniarstwa geriatrycznego oraz regulujące sprawę kształcenia w tym zakresie. Należy podkreślić, że pomimo tych działań geriatria wciąż nie doczekała się należnego jej miejsca i stale musi walczyć z próbami lokowania jej w obszarze opieki długoterminowej [Murkowski, Koronkiewicz, 1997, s. 27]. Ostatnim gestem ze strony polityków jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2003 roku w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz.U., 2004, Nr 1, poz. 7), w którym uznano geriatrię za jedną z takich dziedzin. Nie zostało ono jednak przypieczętowane przepisami wykonawczymi, które mogłyby przełożyć się na konkretne działania wspierające rozwój geriatrii w Polsce.

### **II.7.3. Dostępność specjalistycznej opieki geriatrycznej dla osób starszych w latach 1990–2004**

Wobec szybkiego starzenia się społeczeństwa polityka państwa powinna zmierzać do stworzenia spójnego systemu opieki nad ludźmi w wieku podeszłym. W Polsce ten proces jest jednak bardzo wolny. Geriatrię jako specjalizację medyczną utworzono w latach sześćdziesiątych. W roku 1992 powołano Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii, skupiające wszystkich lekarzy tej specjalności. Do roku 2000 tytuł specjalisty geriatrii uzyskało 180 lekarzy, przy czym wielu z nich nie pracuje zgodnie z posiadaną specjalizacją. W roku 1992 w ramach publicznej opieki zdrowotnej zatrudnionych było zaledwie 32 geriatrów, a w roku 1999 – sześćdziesięciu. Jest to niewątpliwie wynikiem bardzo słabej pozycji geriatrii, co potwierdza około 72% lekarzy tej specjalności [Derjczyk, 2002]. Na taką sytuację wpłynęły w dużym stopniu proces transformacji społeczno-politycznej w latach osiemdziesiątych i reforma ochrony zdrowia z końca lat dziewięćdziesiątych. Sytuacja ludzi starych w Polsce w tym okresie znacznie się pogorszyła. Lata 1979–1984 to okres pogłębiającej się recesji gospodarczej, z wprowadzonym w 1981 roku stanem wojennym. Upadek ustroju socjalistycznego i pierwsze wolne wybory prezydenckie w 1989 roku zapoczątkowały gospodarkę wolnorynkową wraz z głębokimi przewartościowaniami

natury społecznej, ekonomicznej i psychologicznej. Na sytuację ludzi starych rzutował brak wyraźnej polityki społecznej, zarówno wobec starości (wspomaganie jednostek), jak i wobec ludzi starych (zaspokajanie potrzeb tej zbiorowości). Restrukturyzacja systemu opieki zdrowotnej, nieuwzględniająca specyfiki tej grupy wiekowej, spowodowała likwidację wielu specjalistycznych placówek medycznych, w tym zakładów o profilu geriatrycznym. W okresie analizowanej dekady 49% placówek geriatrycznych było poddawanych próbom likwidacji. W ciągu czterech lat zredukowano o 70 specjalistycznych łóżek zasoby szpitalne oddziałów, na których pracowali geriatrzy [tamże].

W latach dziewięćdziesiątych opieka geriatryczna funkcjonowała w ramach systemu opieki specjalistycznej, w formie nielicznych poradni geriatrycznych oraz oddziałów i klinik geriatrycznych z 511 łózkami w skali kraju, co dawało zaledwie 0,13 łóżka na tysiąc osób powyżej 65. r.ż.<sup>2</sup> W porównaniu z rokiem 1989 liczba łóżek geriatrycznych zmniejszyła się o 38 [CSIOZ, 2002b].

Również liczba specjalistów geriatry nie była imponująca. Było ich pięćdziesięciu, co dawało wskaźnik 0,01 specjalisty na tysiąc osób starszych<sup>3</sup>. Ze względu na niewielką liczbę i oddziałów, i poradni geriatrycznych świadomość możliwości korzystania z tego typu usług medycznych wśród starszych pacjentów była bardzo niewielka. Podobnie lekarze pierwszego kontaktu (pracujący w POZ) rzadko uważali oddziały geriatryczne za oddziały szpitalne przeznaczone do leczenia ostrych stanów chorobowych, traktując je często jako oddziały dla przewlekle chorych i kierując tam chorych nie zawsze ze wskazań medycznych, ale często z powodów socjalnych. To też często stawało się przyczyną wydłużenia średniego czasu hospitalizacji na oddziale geriatrycznym. System przyjęć w poradni i do oddziału szpitalnego podlegał jedynie reglamentacji klinicznej. Chorzy ze wskazań nagłych, w stanie zagrożenia życia, trafiali na oddział natychmiast, w innych sytuacjach – po uzyskaniu skierowania od lekarza rejonowego. I chociaż opieka geriatryczna zawsze była bezpłatna, to w przeciwieństwie do innych specjalności lekarskich kolejek do niej nie było, gdyż rozpoznawalność geriatry na rynku świadczeń była zbyt niska, zarówno wśród chorych, jak i wśród lekarzy. Podsumowując, można powiedzieć, że bardzo niska dostępność świadczeń geriatrycznych w tym czasie była wynikiem znacznie ograniczonej ich osiągalności i słabego rozpowszechnienia informacji o istnieniu tej formy opieki.

W następnym dziesięcioleciu liczba lekarzy geriatrów wzrosła 3,5-krotnie, do 180 osób, co w części wiązało się również ze zwiększeniem liczby oddziałów geriatrycznych, stanowiących bazę do szkolenia nowych kadr<sup>4</sup>. Mimo to wskaźnik liczby lekarzy specjalistów geriatry, który wzrósł z 0,013 do 0,038 na tysiąc osób po 65. r.ż., nadal jest bardzo niski. Według Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrów przy obecnych możliwościach kształcenia trzeba 10–15 lat, by

<sup>2</sup> Obliczenia własne na podstawie danych z: CSIOZ (2002b).

<sup>3</sup> Obliczenia własne na podstawie danych prezesa Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrów.

<sup>4</sup> Dane prezesa Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrów.

mógł on osiągnąć pożądaný poziom – jednego zawodowo czynnego geriatrę na 10 tys. osób powyżej 65. r.ż. [Derejczyk, 2002].

W analizowanej dekadzie liczba oddziałów geriatrycznych wzrosła do 12, ale całkowita liczba łózek geriatrycznych obniżyła się do 429 [CSIOZ, 2002b, Tabl. 4.4.1: Działalność szpitali ogólnych razem w roku 2000, s. 88]. Według Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej po 2000 roku obserwujemy znaczny przyrost liczby łózek na oddziałach leczenia choroby Alzheimera i geriatрії (do 950 w roku 2003). Sam fakt łącznego ujmowania w różnych statystykach oddziałów geriatрії z oddziałami dla przewlekle chorych lub dla osób otypiatych może świadczyć o niepewnej pozycji geriatрії wśród innych dziedzin klinicznych. Nowsze dane GUS i CSIOZ potwierdzają to przypuszczenie. Od 1990 roku liczba łózek na oddziałach geriatrycznych zmniejszyła się o ponad sto, co jest wynikiem likwidacji oddziałów w województwach dolnośląskim, mazowieckim i wielkopolskim oraz redukcji łózek w województwie małopolskim i podkarpackim. Obrazują to dane w tabeli II.7.1. W województwach niewymienionych w tabeli w okresie omawianych pięciu lat oddziały geriatryczne formalnie nie istniały.

Tabela II.7.1

Liczba łózek na ostrych oddziałach geriatrycznych w okresie 1999–2004

Województwo	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Zmiana liczby łózek*
dolnośląskie	28	0	0	0	0	0	–28
kujawsko-pomorskie	0	0	0	21	21	21	+21
lubelskie	56	33	79	79	79	79	+23
małopolskie	113	81	81	81	83	48	–65
mazowieckie	0	24	0	0	0	0	–24
opolskie	0	0	0	0	25	0	–25
podkarpackie	65	65	65	35	35	15	–50
śląskie	139	157	157	157	142	171	+32
wielkopolskie	26	0	0	0	0	0	–26
zachodniopomorskie	38	69	38	38	14	14	–55
<b>Łącznie</b>	<b>465</b>	<b>429</b>	<b>420</b>	<b>411</b>	<b>399</b>	<b>348</b>	<b>–117**</b>

\* Brano pod uwagę maksymalną liczbę łózek, jakie istniały w danym województwie w okresie od 1999–2004, i ubytek tych łózek w roku 2004 w stosunku do tej liczby

\*\* Wartość nie jest sumą wartości w kolumnie

Opracowała: K. Szczecińska na podstawie CSIOZ, 2000b, 2001a, 2002b, 2005 oraz GUS, 2003b

Rozwój bazy łózkowej w oddziałach dla przewlekle chorych przebiega sprawniej, ponieważ nie łączy się z wymogiem zatrudnienia specjalisty geriatry na stanowisku ordynatora. Dla wielu zakładów tworzenie takich oddziałów było formą obrony przed redukcją etatów i zmniejszeniem liczby łózek szpitalnych w ramach programu restrukturyzacji szpitali. Niestety, na fali tych zmian nie powstało więcej placówek geriatrycznych, które zapewniałyby fachową opiekę realizowaną przez specjalistów geriatрії (tabela II.7.2.).

Tabela II.7.2

Porównanie rozwoju bazy łóżkowej szpitalnych oddziałów dla przewlekle chorych i oddziałów geriatrycznych

Rok	Oddziały dla przewlekle chorych		Oddziały geriatрії	
	Liczba łóżek	Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności	Liczba łóżek	Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności
1998	1314	0,3	ok. 428	0,1
1999	2669	0,7	465	0,1
2000	3173	0,8	429	0,1
2001	3899	1,0	420	0,1
2002	3082	0,8	411	0,1
2003	2969	0,8	399	0,1
2004	3669	1,0	348	0,1

Opracowano na podstawie: CSIOZ, 2000b, Tabl. 5.6, s. 163; CSIOZ, 2002b, Tabl. 4.5, s. 95; CSIOZ, 2003, Tabl. 4.5; CSIOZ, 2005; GUS, 2003b, Tabl. 17, s. 37

Z kolei liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych przypadająca na tysiąc osób po 65. r.ż. wynosiła 0,13 w roku 1990 i zmalała do 0,09 w roku 2000<sup>5</sup>. Wskaźniki te są najniższe w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej. Przykładowo, w Holandii jest to 0,46, w Czechach – 0,4, we Włoszech – 0,3, zaś w Hiszpanii – 0,21. Podobnie, mamy w Polsce najmniej ostrych oddziałów geriatrycznych (0,25 na 100 tys. osób powyżej 65. r.ż.) – w zestawieniu z najwyższym wskaźnikiem w Holandii (1,8) i najniższym (poza Polską) w Hiszpanii (0,83) [Gindin, Szczerbińska, Shamay et al., 2004]. Dla poprawy istniejącej sytuacji Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, wspomniane Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatрії w Polsce wraz z konsultantem krajowym z zakresu geriatрії zaproponowali wprowadzenie norm opieki geriatrycznej. Zgodnie z zaleceniami WHO zapewnienie odpowiedniego poziomu świadczeń medycznych jest możliwe przy zabezpieczeniu około 20–25 łóżek na oddziałach stacjonarnych, 15–25 miejsc w dziennych oddziałach geriatrycznych (jeden ośrodek w mieście lub dzielnicy, ewentualnie w powiecie) oraz jednej poradni geriatrycznej (dwa etaty lekarskie) na 100–120 tys. mieszkańców. Ponadto przewiduje się potrzebę zakontraktowania w poradni geriatrycznej minimum 400–500 porad na miesiąc (4,8–6 tys. na rok) i około 200 na miesiąc (2,4 tys. na rok) geriatrycznych lekarskich wizyt domowych na 100 tys. mieszkańców. Przewidywana liczba pielęgniarskich wizyt domowych to około 500–600 miesięcznie (6–7 tys. rocznie) na 100 tys. mieszkańców [Derejczyk, Grodzicki, Jakrzewska-Sawińska i in., 2003]. W myśl tych wskazań, zgodnie z opinią Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatрії, w pierwszym etapie powinniśmy dążyć do stworzenia w Polsce bazy około 1,4 tys. łóżek w ostrych oddziałach geriatrycznych, aby zabezpieczyć przecięt-

<sup>5</sup> Obliczenia własne na podstawie: CSIOZ, 2000a; 2002b.

nie 0,3 łóżka na tysiąc osób powyżej 65. r.ż. Należy też wykształcić około 500 lekarzy geriatrów<sup>6</sup>.

Dostępność oddziałów geriatrycznych jest bardzo zróżnicowana regionalnie (tabela II.7.3). W 10 województwach w 2000 roku nie było ich w ogóle. W pozostałych 7 województwach wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności wahał się w przedziale 0,1–0,4. Świadomość istnienia oddziałów geriatrycznych i poradni wzrosła nieznacznie w miastach, ale na wsi nadal jest niska. Praktycznie nie ma kolejek ani do oddziałów szpitalnych, ani do poradni. Jednak lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, do których przede wszystkim trafia starszy chory, nie widzą potrzeby konsultacji geriatrycznych, jak również hospitalizacji, nawet chorych w bardzo zaawansowanym wieku. Wzrosła natomiast liczba łóżek dla przewlekle chorych, w związku z możliwością kontraktowania tego typu świadczeń. Wykorzystanie zarówno łóżek geriatrycznych, jak i łóżek dla przewlekle chorych sięga 80%, przy średnim czasie pobytu odpowiednio 14 i 25 dni (tabela II.7.4). Pośrednio może to świadczyć o nadal niewystarczającej wiedzy pacjentów i lekarzy o istnieniu takich form opieki medycznej dla ludzi starych.

Tabela II.7.3

Liczba łóżek na szpitalnych oddziałach geriatrycznych i dla osób przewlekle chorych w 2000 roku

Województwo	Liczba łóżek na oddziałach			
	geriatrycznych		dla przewlekle chorych	
	liczba bezwzględna	liczba na 10 tys. mieszkańców	liczba bezwzględna	liczba na 10 tys. mieszkańców
dolnośląskie	0	0,0	290	1,0
kujawsko-pomorskie	0	0,0	394	1,9
lubelskie	33	0,1	291	1,3
lubuskie	0	0,0	0	0,0
łódzkie	0	0,0	191	0,7
małopolskie	81	0,3	351	1,1
mazowieckie	24	0,0	107	0,2
opolskie	0	0,0	9	0,1
podkarpackie	65	0,3	83	0,4
podlaskie	0	0,0	145	1,2
pomorskie	0	0,0	79	0,4
śląskie	157	0,3	497	1,0
świętokrzyskie	0	0,0	46	0,3
warmińsko-mazurskie	0	0,0	111	0,8
wielkopolskie	0	0,0	428	1,3
zachodniopomorskie	69	0,4	151	0,9
<b>Razem</b>	<b>429</b>	<b>0,1</b>	<b>3173</b>	<b>0,8</b>

Źródło: CSIOZ, 2002b, Tabl. 4.5, s. 95

<sup>6</sup> Obliczenia własne na podstawie zaleceń Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrów w Polsce i konsultanta krajowego z geriatry, dla populacji w roku 2000.



Tabela II.7.4

Wybrane wskaźniki działalności oddziałów geriatrycznych i dla osób przewlekle chorych w 2000 roku

Oddział	Liczba łóżek	Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców	Liczba leczonych na jedno łóżko	Średni czas pobytu w szpitalu (dni)	Wykorzystanie łóżka [%]
Geriatryczny	429	0,1	19,4	14,3	76,2
Dla przewlekle chorych	3173	0,8	11,9	25,4	82,6

Źródło: CSIOZ, 2003, Tabl. 4.5

## II.7.4. Podsumowanie

Mimo konieczności dostosowania Polski do wymogów i standardów Unii Europejskiej nie wydaje się, by mogła nastąpić szybka poprawa w dziedzinie zabezpieczenia medycznego dla ludzi w starszym wieku. Bardzo istotne ograniczenie stanowi bowiem nie tylko brak środków finansowych, ale także niedobór doświadczonej kadry lekarzy geriatrów, którzy mogliby takie leczenie rozwinąć i poprowadzić. Poważnym problemem jest też brak motywacji lekarzy do kształcenia się w tym kierunku, ponieważ znaczenie geriatryi często jest marginalizowane przez lekarzy rodzinnych i specjalistów, niewidzących potrzeby konsultacji geriatrycznych starszych chorych. Tymczasem w piśmiennictwie anglosaskim znajdujemy wiele dowodów na to, że lekarz geriatra pracujący w roli konsultanta w leczeniu ambulatoryjnym i stacjonarnym pozwala na racjonalizację opieki i ograniczenie jej kosztów [Szczerbińska, 2000]. Geriatryczne oddziały szpitalne, kierowane przez doświadczonego specjalistę geriatryi, powinny stanowić trzon leczenia ostrych stanów chorobowych u osób w wieku podeszłym, gdyż w zestawieniu z tradycyjnymi oddziałami charakteryzują się one większą skutecznością terapeutyczną i ekonomią leczenia. Ponieważ hospitalizacja wiąże się także ze znacznymi zagrożeniami dla pacjenta starszego: pogorszeniem sprawności fizycznej i psychicznej, zakażeniami szpitalnymi, zespołami polekowymi z częstą następową instytucjonalizacją chorego, problemy medyczne niestanowiące zagrożenia życia powinny być diagnozowane i leczone w systemie ambulatoryjnym. Konieczne jest stałe szkolenie lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie specyfiki postępowania z chorymi w wieku podeszłym oraz stopniowy rozwój specjalistycznych poradni geriatrycznych, które udzielałyby pomocy konsultacyjnej w bardziej złożonych problemach medycznych starszych pacjentów.

## II.7.5. Wnioski i rekomendacje

### *Wnioski*

1. Na podstawie przedstawionych danych statystycznych można stwierdzić, że w ciągu analizowanych 10 lat dostępność opieki geriatrycznej dla osób starszych w Polsce pogorszyła się, co jest wynikiem przede wszystkim bardzo ograniczonej osiągalności świadczeń geriatrycznych i nadal zbyt słabego rozpowszechnienia informacji o istnieniu tej formy opieki.

2. Wiedza pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na temat koncepcji opieki geriatrycznej zwiększyła się, chociaż wobec braku informacji o placówkach udzielających świadczeń geriatrycznych mają oni trudności ze skierowaniem tam pacjentów. Świadomość osób starszych i ich rodzin, że istnieje ten rodzaj opieki, jest nadal zbyt niska.

3. Dostępność kosztowa opieki geriatrycznej w omawianym okresie była dobra i nie podlegała zmianom.

4. Zmiany w zakresie organizacji i reglamentacji świadczeń geriatrycznych nie wpłynęły na czas oczekiwania na nie.

### *Rekomendacje*

System zabezpieczenia medycznego powinien spełniać wymogi kompleksowej opieki geriatrycznej, uwzględniającej nie tylko potrzeby zdrowotne, ale także rehabilitacyjne, socjalne i opiekuńcze. W tym celu wskazane są:

1. Zwiększenie liczby ośrodków akredytowanych do kształcenia lekarzy w zakresie specjalizacji z geriatrici.

2. Zwiększenie rangi specjalizacji z geriatrici przez utworzenie odpowiednich stanowisk pracy, zgodnych ze standardami opieki geriatrycznej.

3. Stopniowe zwiększanie liczby geriatrów, aby osiągnąć normy zalecane w standardach Unii Europejskiej oraz Światowej Organizacji Zdrowia.

4. Restrukturyzacja istniejących oddziałów szpitalnych lub utworzenie nowych w celu zwiększenia liczby ostrych łóżek geriatrycznych, w pierwszym etapie do 1400, by ostatecznie spełnić normy zalecane przez WHO.

5. Poprawa specjalistycznej ambulatoryjnej pomocy medycznej przez zwiększenie liczby poradni geriatrycznych (zgodnie z zaleceniem WHO).

6. Intensyfikacja kształcenia pielęgniarek w zakresie specjalizacji z pielęgniarstwa geriatrycznego poprzez zwiększenie liczby jednostek akredytowanych do kształcenia, co umożliwi zwiększenie naboru.

7. Zwiększenie dostępności pomocy rehabilitacyjnej, psychologicznej i socjalnej w celu poprawy jakości całościowej opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.